

VU Research Portal

Onbegrepen pijnklachten; rol voor de IWMD?

Van, A.J.

published in
Letzel & Schade
2012

document version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Van, A. J. (2012). Onbegrepen pijnklachten; rol voor de IWMD? *Letzel & Schade*, (2), 30-37.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:
vuresearchportal.ub@vu.nl

9. Picavet HS, Hoeymans N. health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:723-729.
10. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE, Jr., Aaronson NK, Mosconi P, Rasmussen NK, Bullinger M, Fukuhara S, Kaasa S, Lepke A. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004;13:283-298.
11. Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain* 2005;9:15-24.
12. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*. 1983 May;16(1):87-101.
13. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975 Sep;1(3):277-99.
14. Rolke R, Baron R, Maier C, Tölle TR, Treede RD, Beyer A, Binder A, Birbaumer N, Birklein F, Bötefür IC, Braune S, Flor H, Hoge V, Klug R, Landwehrmeyer GB, Magerl W, Maihöfner C, Rolko C, Schaub C, Scherens A, Sprenger T, Valet M, Wasserka B. Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): standardized protocol and reference values. *Pain*. 2006 Aug;123(3):231-43.
15. Lousberg R, Van Breukelen GJ, Groenman NH, Schmidt AJ, Arntz A, Winter FA. Psychometric properties of the Multidimensional Pain Inventory, Dutch language version (MPI-DLV). *Behav Res Ther*. 1999 Feb;37(2):167-82.
16. J.W.S. Vlaeyen G. van Breukelen, IWC Nooyen-Haazen, S.G.M. Stomp A.M.J. Koe-Snijders Vlaeyen et al. 2003: Meetinstrumenten chronische pijn, Deel 4 Pijn Cognitie lijst: Handleiding (2003) Pijn Kennis Centrum Maastricht.
17. Kraaijmaat FW, Evers AW. Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *Int J Behav Med*. 2003;10(4):343-63.
18. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004. Jan;107(1-2):159-66.
19. Terluin, B. Van Rhenen, W., Schaufeli, W.B., De Haan, M. (2004). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work and Stress*. 18(3), 187-207.
20. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
21. HR 8 juni 2001 NJ 2001, 433.
22. Hof Leeuwarden 10 augustus 2010, LJN BN3975, JA 2010/152 HDI Gerling Verzekeringen NV/G

16 | Onbegrepen chronische pijnklachten; rol voor de IWMD?

mr. A.J. Van¹

1. Inleiding

Onbegrepen pijnklachten vormen een regelmatig terugkerend probleem in de jurisprudentie op het gebied van de letselschade. Bekende voorbeelden zijn het postwhiplash syndroom, het chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie en repetitive strain injury (RSI). In de medische wereld worden deze klachten geschaard onder de somatoforme klachten en stoornissen. Een somatoforme stoornis is een psychische aandoening waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft waarvoor geen somatische oorzaak (lichamelijke ziekte) is te vinden en ook geen bewijs dat de pijn bewust of met opzet wordt voortgewend.² In bepaalde gevallen kan wel een lichamelijke oorzaak worden gevonden, maar zijn de klachten veel erger dan bij het ziektebeeld wordt verwacht.

De juridische problemen die zich hierbij voordoen, liggen voornamelijk op het vlak van de toerekening (of ook wel: causaliteit). De reden daarvoor is dat de klachten moeilijk objectiveerbaar zijn. Lichamelijk en beeldvormend onderzoek laat doorgaans geen afwijkingen of beschadigingen zien, waardoor het enige bewijs voor de aanwezigheid van de klachten bestaat uit de verklaring en het gedrag van de benadeelde zelf. Deze problematiek is op scherp gezet door de richtlijn die de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) in november 2007 uitvaardigde over de bepaling van invaliditeit bij neurologische aandoeningen.³ Een onderdeel daarvan is de wijze waarop expertiserende neurologen het functieverlies bij chronische pijn moeten vaststellen. Kort samengevat houdt die in dat neurologen geen beperkingen mogen toekennen, als op hun vakgebied geen objectieve

¹ Mr. A.J. Van is verbonden aan het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) van VU en VUmc; hij maakt deel uit van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging. Daarnaast is hij advocaat te Amsterdam.

² Drs. R.I. Teulings, SOLK: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, L&S 2010/178 (afl. 4).

³ Deze richtlijn is te vinden op de website van de NVN: <http://www.neurologie.nl/publiek/beroepsinformatie/richtlijnen/nvn-richtlijnen>.

afwijkingen of beschadigingen kunnen worden vastgesteld. De rechtspraktijk worstelt sindsdien met de vraag hoe hier dan de omvang van de schade moet worden vastgesteld. In deze bijdrage staat centraal of en zo ja, hoe de in veel medische expertises gehanteerde IWMD-vraagstelling⁴ kan bijdragen tot een oplossing van dit probleem. Alvorens daarop in te gaan, zal kort worden aangegeven welke uitgangspunten en ideeën aan de IWMD-vraagstelling ten grondslag liggen en wat binnen de medische beroepsgroep de gangbare opvattingen zijn over somatoforme stoornissen en de wijze waarop deze ontstaan en een chronisch karakter krijgen.

2. De systematiek van de IWMD-vraagstelling

De IWMD-vraagstelling ontleent zijn naam aan de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD). Deze werkgroep is in 2003 in het leven geroepen door de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging, een tot rechtenfaculteit van de Vrije Universiteit Amsterdam behorende onderzoeksgroep onder leiding van prof. mr. A.J. Akkermans. De IWMD was samengesteld uit in de letselpraktijk werkzame medici en juristen uit de hoek van slachtoffers en verzekeraars. Tijdens de eerste vergadering van de werkgroep werd duidelijk dat beide beroepsgroepen niet dezelfde taal spreken, met name als het gaat om causaliteit. Voor medisch geschoolden is dat een feitelijk begrip. Er is pas sprake van een causale relatie als de klachten ‘objectiveerbaar’ en ‘medisch verklaarbaar’ zijn. Dat is ook niet verwonderlijk als men bedenkt dat de geneeskunde oorspronkelijk een natuurwetenschap is. Voor juristen is de vaststelling van de causaliteit daarentegen vooral een kwestie van bewijslastverdeling, een normatief proces waarbij de eisen aan de zekerheid van het gevonden verband in hoge mate worden bepaald door factoren als de aard en ernst van het letsel en de mate van (on)zorgvuldigheid van het gedrag van de gedaagde.

Dit verschil in opvatting heeft consequenties voor de wijze waarop de beide beroepsgroepen de causaliteitsvraag in een vraagstelling aan een medische deskundige het liefst geformuleerd zien. Een voorbeeld van een ‘medisch’ geformuleerde causaliteitsvraag is te vinden in een van de deskundigenberichten die de aanleiding vormden tot het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef*.⁵ De in die zaak aan de neuroloog voorgelegde causaliteitsvraag

luidde: ‘Welke zijn de objectiveerbare stoornissen op uw vakgebied als gevolg van het ongeval van betrokkene?’ Uit de overwegingen van de Hoge Raad valt op te maken dat hiermee geen recht wordt gedaan aan het juridische causaliteitsbegrip. Dat is aanzienlijk ruimer en gebaseerd op een vergelijking tussen de gezondheidstoestand van de onderzochte zoals die na het ongeval is ontstaan en zich waarschijnlijk in de toekomst zal voortzetten (de situatie met ongeval) en de hypothetische situatie waarin de onderzochte zich zou hebben bevonden als het ongeval nooit had plaatsgevonden (de situatie zonder ongeval). Deze vergelijkingshypothese vormt de grondslag van de IWMD-vraagstelling. Daarin wordt aan de medicus niet gevraagd naar een verklaring van de klachten, maar naar een beschrijving van de gezondheidstoestand en het functioneren van de benadeelde in de situatie met, respectievelijk zonder het ongeval. De jurist – en niet de medicus – bepaalt vervolgens op basis daarvan welke klachten en afwijkingen aan de aansprakelijkheidschepende gebeurtenis kunnen worden toegerekend.

De IWMD-vraagstelling heeft sinds haar introductie in 2005 in de praktijk een merkbare navolging gekregen. Niet alleen bij buitengerechtelijke expertises, maar ook in een groot aantal rechterlijke uitspraken worden vraagstellingen geformuleerd die geheel of gedeeltelijk hieraan zijn ontleend. In 2010 is de vraagstelling aangepast, mede naar aanleiding van uit de praktijk afkomstige suggesties tot verbetering.⁶ De vraagstelling is echter niet af. Er wordt met name nog verder nagedacht over verbetering van de vraag naar de beperkingen.⁷ Die speelt een cruciale rol in het debat over de afwikkeling van gevallen waarin sprake is van onverklaarbare lichamelijke pijnklachten, zoals hierna nog zal blijken.

3. Het biopsychosociale model

Het post whiplashsyndroom, RSI en fibromyalgie behoren medisch gezien tot de onbegrepen chronische klachten. ‘Onbegrepen’ wil zeggen dat de klachten niet verklaard kunnen worden op grond van de thans beschikbare medische kennis of dat de klachten niet in verhouding staan tot hetgeen men met biomedisch onderzoek wel heeft kunnen vaststellen. Daarbij komt dat de klachten chronisch zijn. Zij houden aan, van spontaan herstel is geen sprake en ze blijken resistent tegen de therapieën die door de medicus worden ingezet.⁸

⁴ Zie www.rechten.vu.nl/iwmd > projecten > vraagstelling causaal verband bij ongeval.

⁵ HR 8 juni 2001, NJ 2001, 433.

⁶ Zie daarover: A.J. Van, A.J. Akkermans en A. Wilken, Nieuwe versie IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval, TVP 2010, nr. 2, p. 33-40.

⁷ Zie daarover: A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van en G. de Groot, Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien? GAV-Scoop, jaargang 15, nummer 1, april 2011, p. 5-10.

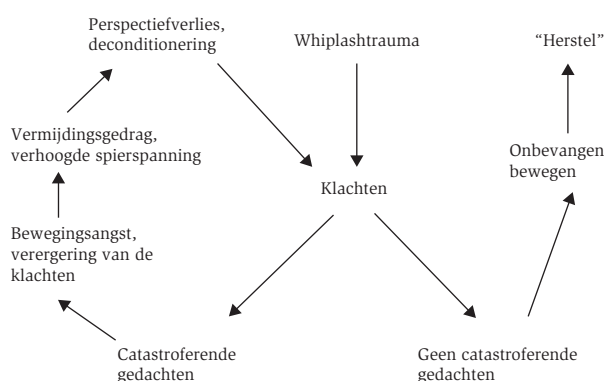
⁸ A.J.J.M. Vingerhoets, Onbegrepen chronische klachten in een wisselend biopsychosociaal perspectief: oog voor dynamiek, in: J.W.J. van der Gulden, Onverklaarde chronische klachten: verklaring, behandeling en begeleiding, Bohn Stafleu Van Loghum 2005, p. 20.

In de medische wereld wordt het biopsychosociale model gezien als een zinvolle benadering voor het begrijpen en behandelen van chronische pijnklachten. In de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)⁹ wordt het model bijvoorbeeld nadrukkelijk als uitgangspunt gekozen voor het vaststellen van functiebeperkingen en ook in de AMA-Guides wordt verwezen naar biopsychosociale factoren als risicofactoren voor het ontstaan van chronische pijnklachten.¹⁰ Volgens het biopsychosociale model zijn chronische pijnklachten het resultaat van een complex samenspel van biologische (lichamelijke), psychische (mentale) en sociale (omgevings)factoren, inclusief gedrag.¹¹ Bij kortdurende pijn staan de biologische factoren vaak meer op de voorgrond. Bij chronische pijn en de beperkingen die daarbij kunnen ontstaan, spelen psychische en/of sociale factoren doorgaans een grotere rol. De belangrijkste daarvan zijn:

- stressveroorzakende gebeurtenissen of omstandigheden, zoals *life events* of een ongeval;
- ‘coping’, dat wil zeggen: de wijze waarop iemand reageert op stress;
- sociale steun vanuit de omgeving;
- persoonlijkheid: optimistisch of negatief en catastroferend?
- gezondheidsgedrag: sporten, eetgewoonten, rookgedrag, etc.

Medisch wetenschappelijk onderzoek toont aan dat bovengenoemde factoren van invloed kunnen zijn op gezondheid en herstel na een trauma. Chronische stress maakt het organisme bijvoorbeeld kwetsbaar voor het ontwikkelen van allerlei klachten en kan zelfs het immuunsysteem aantasten.¹² Medebepalend voor de invloed van *life events*, zoals een ongeval, is de wijze waarop het individu daarop reageert (coping). Uit Australisch onderzoek is naar voren gekomen dat de mate waarin slachtoffers de schuld van een ongeval bij anderen dan henzelf (kunnen) leggen, van in-

vloed is op het verloop van het herstel; slachtoffers die de oorzaak van een ongeval vooral bij zichzelf zoeken, herstellen sneller dan degenen die daarvoor naar een ander (kunnen) wijzen.¹³ Dezelfde factoren zijn van belang bij het in stand blijven van de klachten, maar daarbij speelt ook de omgeving een rol.¹⁴ Mensen die neklachten aan een auto-ongeval overhouden, komen volgens Buitenhuis bijvoorbeeld minder snel van hun klachten af als zij van de dokter horen dat zij een whiplash hebben. In zijn dissertatie roept hij artsen dan ook op om de term niet meer te gebruiken.¹⁵ Ook belangenbehartigers kunnen, door het benadrukken van de ernst van de klachten, bijdragen tot het in stand blijven daarvan.¹⁶ Tot slot kan ook de persoonlijkheid van de benadeelde een rol spelen, vooral de manier waarop hij of zij reageert op tegenslagen. Schat hij de situatie in het algemeen positief in, of is hij snel geneigd de negatieve kanten te benadrukken en te catastroferen? Volgens sommige wetenschappers is vooral dit laatste bepalend voor de mate waarin pijn wordt ervaren; patiënten met catastroferende gedachten zouden eerder en bovendien in aanzienlijk heftigere mate pijnklachten ervaren dan meer optimistisch ingestelde patiënten.¹⁷ Toegepast op het post-whiplashsyndroom (WAD I en II) leidt dit tot het volgende schema:¹⁸



⁹ De ICF is uitgegeven door de World Health Organisation (WHO) en online te raadplegen op: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Voor een beschrijving van de systematiek van de ICF, zie: R.I. Teulings en M.J.H.M. Herpers, FML is ongeschikt bij letselschade, L&S 2007, nr. 3, p. 5-11.

¹⁰ American Medical Association: Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th edition, 2008, p. 39.

¹¹ Vingerhoets, idem, p. 20 en Teulings (2010), p. 7.

¹² J.K. Kiecolt-Glaser et al., Slowing of wound healing by psychological stress, The Lancet, vol. 346, issue 8984 (4 november 1995), p. 1194-96.

¹³ Zie o.a. E.J. Hickling, E.B. Blanchard, T.C. Buckley & A.E. Taylor, Effects of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, ways of coping, and recovery over six months. Journal of Traumatic Stress 1999, Apr;12(2):345-53 en I.A. Harris, J.M. Young, B.B. Jalaludin en M.J. Solomon, The effect of compensation on general health in patients sustaining fractures in motor vehicle trauma, Journal of Orthopaedic Trauma 2008, 22, 4, p. 216-220.

¹⁴ Vingerhoets, idem, p. 25-6.

¹⁵ J. Buitenhuis, The course of whiplash. Its psychological determinants and consequences for work disability, dissertatie Groningen, 2009. De conclusies van Buitenhuis zijn niet onomstreden; zie: I. Bramsen en P. Roelofs, Using the term ‘whiplash’ has no decisive influence for the prognosis: statistical misinterpretation, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2009;153:A865 en D. van Eden, Term whiplash vermijden is geen oplossing, TBV 20, nr. 1, 2012, p. 7.

¹⁶ Zie R. Aurbach, Dispute resolution as a creator of needless disability, AMA Guides Newsletter July/August 2011.

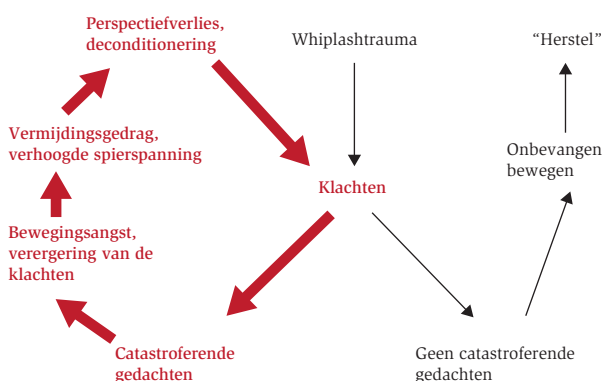
¹⁷ R. Raak en M. Wallin, Thermal thresholds and catastrophizing in individuals with chronic pain after whiplash injury, Biol Res Nurs 2006;8:138-46; R. Nieto e.a., Are coping and catastrophizing independently related to disability and depression in patients with whiplash associated disorder? Disabil Rehabil 2011;33(5):389-98.

¹⁸ M.J. Sullivan & N. Neish, Catastrophic thinking and the experience of pain during dental procedures, J. Indian Dental Assoc 2000-2001; 79(4):16-9.

Dit model is ontleend aan J.W. Vlaeyen en S.J. Linton, Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art, Pain, 2000, vol. 85, p. 317-332; zie ook: K. Vangronsveld e.a., Applying the fear-avoidance model to the chronic whiplash syndrome, Pain, 2007, vol. 131, p. 258-61 en R. Nieto e.a., The fear-avoidance model in whiplash injuries, Eur J Pain 2009 May; 13(5):518-23.

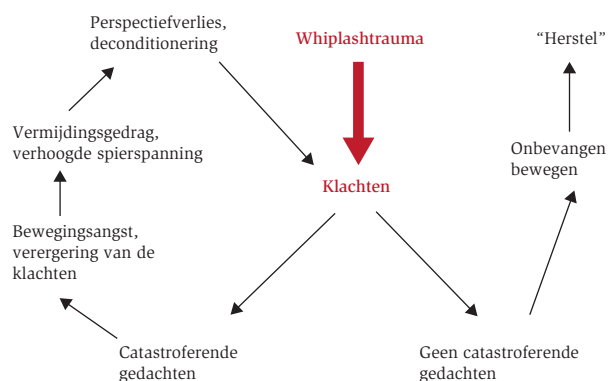
Het whiplashtrauma is in dit model de directe oorzaak van de nekklachten. Als de getroffene geen catastroferende gedachten ontwikkelt en onbevangen gaat bewegen, is volgens de aanhangers van dit model de kans groot dat hij erin zal slagen de draad van zijn leven weer op te pakken. Hoewel het mogelijk is dat de pijnklachten (deels) zullen blijven bestaan, is dan sprake van een *functioneel herstel*: het slachtoffer is in staat zijn of haar werk en rol in het gezin te hervatten. Een chronisch post-whiplashsyndroom zal volgens de voorstanders van deze zienswijze ontstaan als de getroffene, al dan niet onder invloed van zijn omgeving, naar aanleiding van het ongeval catastroferende gedachten ontwikkelt en tracht zijn nek zoveel mogelijk te ontlasten. De hiermee gepaard gaande stress zorgt dan voor een verhoogde spierspanning, die leidt tot verergering van de klachten en bevestiging van het idee dat sprake is van ernstig en blijvend letsel. De getroffene komt zo terecht in een vicieuze cirkel die moeilijk is te doorbreken.

De in de vorige alinea gegeven visie op het ontstaan en in stand blijven van onbegrepen chronische klachten (het zogenaamde *fear-avoidance* model) is, vanwege de eenzijdige nadruk op persoonskenmerken, niet onomstreden. Dat geldt met name waar het gaat om chronische pijnklachten die zijn ontstaan na een fysiek trauma (post-whiplash syndroom) of overbelasting van spieren (RSI). Het is niet voor niets dat in de CBO-richtlijn wordt opgemerkt dat de relatie tussen psychosociale factoren en het ontstaan van langdurige pijn en beperkingen voor whiplashpatiënten specifiek nog onvoldoende is onderzocht.¹⁹ Wel is bovenstaand schema behulpzaam als het gaat om het verwerven van inzicht in de wijze waarop medici en juristen de causaliteit beoordelen van onbegrepen chronische klachten. Gevraagd naar de oorzaak daarvan, zal de medisch adviseur van een verzekeraar snel geneigd zijn te wijzen op de factoren die de vicieuze cirkel in stand houden waarin de getroffene is terechtgekomen:



De ‘directe’ klachten na het whiplashtrauma kunnen in deze visie medisch gezien niet langer duren dan zes weken. Als daarna nog klachten bestaan, dan moeten er andere (mentale en sociale) factoren zijn die de klachten in stand houden. Het whiplashtrauma zelf kan dan niet (meer) worden aangemerkt als een voldoende oorzaak voor het bestaan van chronische pijnklachten.²⁰

De jurist zal dit anders zien. In zijn ogen is het whiplashtrauma wel degelijk de oorzaak van de klachten. Zonder dat trauma zouden er immers geen klachten zijn ontstaan. Dat de klachten wellicht mede door de persoonlijkheid van de benadeelde in stand worden gehouden, vormt voor de jurist geen belemmering om die klachten aan het ongeval toe te schrijven. De invloed van de eigen persoonlijkheid wordt juridisch immers gekwalificeerd als een predispositie die hooguit aanleiding kan vormen tot verkorting van de looptijd, maar niet tot doorbreking van het causaal verband:



Dit verschil in zienswijze maakt duidelijk dat hier meer aan de hand is dan een discussie over de vraag welke richtlijnen een deskundige op het gebied van de neurologie moet toepassen om in geval van chronische pijnklachten, zoals een het post-whiplashsyndroom, de beperkingen vast te stellen. Waar het uiteindelijk om draait, is welk causaliteitsbegrip men tot uitgangspunt neemt. In de IWMD-vraagstelling is uitdrukkelijk gekozen voor een juridisch causaliteitsbegrip. Dat betekent dat deze vraagstelling nooit een volledige oplossing kan bieden voor de problemen waarmee de praktijk zich in dit soort zaken geconfronteerd ziet. Hoogstens kan de vraagstelling ertoe bijdragen dat het debat zuiverder wordt gevoerd en dat partijen meer inzicht krijgen voor de argumenten die achter de verschillende standpunten schuilgaan. In het vervolg van deze bijdrage zal worden aangegeven welke wijzigingen in dit verband reeds zijn aangebracht en welke verbeteringen in de toekomst nog te verwachten zijn.

¹⁹ Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II. Deze richtlijn is opgesteld op initiatief van de NVN en te vinden op www.cbo.nl/Downloads/342/r1_whiplash_08.pdf.

²⁰ Zie bijvoorbeeld H. Reinders, Facetten van whiplash. Een door mensen gemaakt ziektebeeld nader onderzocht, Medisch Contact 2 januari 2002, p. 11 e.v.

4. Aanpassingen in de IWMD-vraagstelling

De IWMD-vraagstelling is in 2010 op een flink aantal punten aangepast.²¹ De aanleiding daartoe was meer-
voudig. Vanuit de Werkgroep medisch adviseurs van
verzekeraars van de GAV²² was het verzoek binnen ge-
komen om op basis van de ervaringen met de IWMD-
vraagstelling na te denken over mogelijke verbeteringen
en ook medisch adviseurs van slachtoffers daarbij te be-
trekken. Dit verzoek was voor een belangrijk deel inge-
geven door tekortkomingen in de IWMD-vraagstelling
die werden ervaren in zaken waarin sprake was van on-
begrepen chronische klachten. Daarnaast waren van di-
verse kanten zinvolle suggesties tot aanpassing of verbe-
tering gedaan. Verder was de Richtlijn Medisch
Specialistische Rapportage (RMSR)²³ verschenen en had
de Hoge Raad zich op 22 februari 2008 in een tweetal be-
schikkingen uitgesproken over de problematiek van de
patiëntenkaart.²⁴ In een van deze beschikkingen kwam
ook de IWMD-vraagstelling (versie 2005) aan de orde.²⁵

In de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling is de
hiervoor omschreven systematiek (het onderscheid tus-
sen de gezondheidstoestand in de situatie met, respectie-
velijk zonder ongeval) gehandhaafd. Wel is in de toelich-
ting meer aandacht besteed aan uitleg over deze
systematiek en is daarin benadrukt dat het de bedoeling
is dat de deskundige niet alleen de vragen, maar ook de
volledige toelichting te zien krijgt. De belangrijkste wij-
zigingen ten opzichte van de eerdere versie betreffen de
toevoeging van vragen naar de consistentie (1.d en 1.e)
en de differentiaaldiagnose (1.f), het schrappen van de
vraag naar de functionele invaliditeit en de uitbreiding
van de vraag naar de situatie zonder ongeval (2.a-c).
Daarnaast is een voorstel gedaan voor een betere formu-
lering van de vraag naar de beperkingen (1.g). Het debat
over deze laatste vraag is echter nog niet afgerond.

De aangebrachte wijzigingen zijn, zoals gezegd, mede
aangebracht om de IWMD-vraagstelling beter toepasbaar
te maken op gevallen van moeilijk objectieveerbare klach-
ten. Dit komt allereerst tot uiting in de vragen 1.d en 1.e
waarin aan de deskundige wordt gevraagd of naar zijn
oordeel sprake is van een onderlinge samenhang tussen
de informatie die is verkregen van de onderzochte zelf
(de anamnese) en de feiten zoals uit het medisch onder-
zoek en eventueel hulponderzoek naar voren komen. Als

die samenhang ontbreekt, schrijft de RMSR voor dat de
deskundige de onderzochte daarmee confronteert en in
zijn rapport aangeeft hoe deze daarop heeft gereageerd.
Om het risico te verminderen dat de deskundige bij zijn
onderzoek te gemakkelijk zal uitgaan van het verhaal
van de onderzochte zelf, is dit voorschrift uit de RMSR
overgenomen in de IWMD-vraagstelling.

In de tweede plaats wordt in de verbeterde versie van de
IWMD-vraagstelling aan de deskundige gevraagd naar
zijn differentiaaldiagnostische overwegingen. Een diffe-
rentiële diagnose wordt opgesteld door de kenmerken
van verschillende ziekten te vergelijken. Het verzoek
daartoe komt er dus op neer dat de deskundige wordt
verzocht aan te geven wat in zijn ogen de meest waar-
schijnlijke diagnose is en aan welke alternatieve dia-
gnosen kan worden gedacht. In gevallen van moeilijk ob-
jectieveerbare klachten is dat van belang. Het moedigt
niet alleen aan tot een zo kritisch mogelijke diagnose,
maar als het goed wordt gedaan, geeft het niet-medici
ook maximaal inzicht in de overwegingen die voor de be-
treffende diagnose relevant zijn.

Het schrappen van de vraag naar de functionele invalidi-
teit heeft andere achtergronden dan het streven de
IWMD-vraagstelling beter toe te snijden op de beoorde-
ling van onbegrepen chronische of moeilijk objectieveer-
bare klachten. Deze zijn niet direct relevant voor het on-
derwerp van deze bijdrage. Dat is anders voor de vraag
naar de beperkingen. In de vorige versie van de IWMD-
vraagstelling werd in deze vraag geen duidelijk onder-
scheid gemaakt tussen de subjectieve, door de betrokke-
ne zelf aangegeven beperkingen en de door de deskundi-
ge, op grond van zijn bevindingen, aanwezig geachte
beperkingen. Hierdoor ontstond het gevaar dat de des-
kundige bij de beantwoording van deze vraag volstond
met een verwijzing naar de door de betrokkene zelf in de
anamnese aangegeven beperkingen. Om ook hier het ri-
sico te verminderen dat de deskundige te gemakkelijk
uitgaat van het verhaal van de onderzochte zelf, wordt
in de nieuwe versie aan de deskundige gevraagd de door
hem op zijn vakgebied geconstateerde beperkingen op
semikwantitatieve wijze weer te geven. Om dit nader te
onderstrepen wordt niet langer gevraagd welke beper-
kingen de onderzochte 'ondervindt', maar welke beper-
kingen naar het oordeel van de deskundige bij de betrok-
kene 'bestaan'. Daarbij wordt in de vraagstelling

²¹ Voor een uitgebreid overzicht van de aangebrachte wijzigingen, zie: A.J. Van, A.J. Akkermans en A. Wilken, Nieuwe versie IWMD-vraag-
stelling causaal verband bij ongeval, TVP 2010, nr. 2, p. 33-40.

²² Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV), zie www.gav.nl.

²³ Zie knmg.artsennet.nl/diensten/KNMG-publicaties > 2008: Richtlijn medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk
verband.

²⁴ HR 22 februari 2008, LJN BB3676 en BB5626.

²⁵ Met name vraag 3, waarin de deskundige werd gevraagd een inventarisatie te maken van – ook buiten zijn eigen vakgebied gelegen – fei-
ten en omstandigheden in de medische voorgeschiedenis van de benadeelde die aanleiding zouden kunnen geven te veronderstellen dat
ook zonder ongeval op enig moment beperkingen zouden zijn opgetreden.

verwezen naar aanbeveling 2.2.17 van de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR). Die luidt: ‘Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.’

Tot slot is de vraag naar de hypothetische situatie zonder ongeval aangevuld. De aanleiding daarvoor was dat in de praktijk was gebleken dat deskundigen de vraag naar de hypothetische situatie zonder ongeval in een enkel geval onjuist opvatten. Dat deed zich met name voor wanneer voorafgaand aan het ongeval bij de onderzochte al klachten en afwijkingen bestonden. Deze aanpassing is derhalve niet specifiek ingegeven door de behoefte de vraagstelling geschikter te maken voor de beoordeling van moeilijk objectificeerbare klachten, maar zal naar verwachting wel ertoe bijdragen dat deskundigen scherper letten op het bestaan van pre-existente klachten en afwijkingen.

5. Voorstellen tot verdere aanpassing

Volgens sommigen gaan de wijzigingen in de nieuwste versie van de IWMD-vraagstelling niet ver genoeg. In het PIV-Bulletin van januari 2011 doet medisch adviseur J. Lok een aantal voorstellen tot verdere aanpassing.²⁶ Die betreffen in de eerste plaats de vraag naar de differentiaaldiagnose (1.f). Lok stelt voor de deskundige niet alleen te vragen naar zijn differentiaal diagnostische overwegingen, maar ook naar zijn werkdiagnose en de overwegingen op basis waarvan hij deze uit zijn differentiaaldiagnose heeft geselecteerd en de overige diagnoses heeft verworpen. Op het eerste gezicht lijkt dat een zinvolle aanvulling. Als de deskundige evenwel tot een andere diagnose komt dan de behandelend arts, raken de grenzen tussen beoordeling en behandeling in het geding en ontstaat het gevaar dat het vertrouwen van de onderzochte in zijn behandelend arts wordt aangetast. De expertise schiet dan zijn doel voorbij.

Lok acht het daarnaast wenselijk dat aan de deskundige wordt gevraagd vanuit welk pathologisch anatomisch substraat en welk pathofysiologisch mechanisme de deskundige de klachten en bevindingen uit het ongeval kan verklaren. Als een dergelijke verklaring ontbreekt, wil Lok aan de deskundige vragen hoe hij de klachten en onderzoeksbevindingen vanuit het ongeval verklaart. Vanuit het perspectief van de medicus – die immers zoekt naar een verklaring voor de klachten – is deze vraag be-

grijpelijk. Voor de jurist – die slechts wil weten of de klachten zonder het ongeval ook hadden kunnen ontstaan – is de vraag overbodig. Het opnemen daarvan werkt discussie in de hand. Bovendien druist de formulering in tegen de systematiek van de IWMD-vraagstelling. Daarin is ervoor gekozen niet rechtstreeks naar de causaliteit te vragen, maar de causaliteit te bepalen aan de hand van een vergelijking van de gezondheidstoestand in de situatie met, respectievelijk zonder ongeval.

Een verdergaande inbreuk op de systematiek van de IWMD-vraagstelling vormt het voorstel van Lok tot aanpassing van vraag 2.c (zijn er klachten en afwijkingen die er ook zouden zijn geweest of op enige moment hadden kunnen ontstaan, als het ongeval de onderzochte niet was overkomen?). Lok merkt op dat deze vraag niet kan worden beantwoord door een medicus ‘omdat dit inzicht in een voorwaardelijk veranderde toekomst veronderstelt’.²⁷ De goede expert zal daarom volgens hem het antwoord op die vraag altijd schuldig blijven. Lok stelt voor de situatie om te draaien en de hiervoor geciteerde vraag 2.c te vervangen door de volgende *evidence based* te beantwoorden vraag: ‘Kunnen de klachten en afwijkingen zoals betrokkene die presenteert ook op enig moment ontstaan bij leden van de niet getraumatiseerde bevolking?’

Het is twijfelachtig of dat tot vergroting van inzicht en afname van de discussie zal leiden. Een onderzoek op internet leert dat bijna 20% van de bevolking van ons land die ouder is dan 20 jaar lijdt aan chronische pijn.²⁸ Dat is een algemeen getal of een ‘naked statistic’, zoals dit wordt genoemd in de Amerikaanse *Blue Bus Case*. Deze zaak, die in veel rechtsgeleerde artikelen en handboeken in de Verenigde Staten wordt besproken en is gebaseerd op het arrest *Smith v. Rapid Transit*,²⁹ betreft een dame die met haar hondje aan de rechterkant van een weg wandelt. Op enig moment komt achter haar met hoge snelheid een stadsbus aanrijden. Zelf kan zij nog net uit de baan van de aanstormende bus springen, maar haar hondje wordt aangereden en sterft. De bus rijdt door. Een ambtenaar van de gemeente waarin het ongeval plaatsvond, verklaart dat het vervoer in de gemeente wordt verzorgd door twee busmaatschappijen: de Blue Bus Company en de Grey Bus Company. Beide maken gebruik van de weg waarop de aanrijding plaatsvond om hun lege bussen naar de terminals te rijden. De eigenaresse van het hondje is kleurenblind. Zij kan niet aangeven welke kleur de bus had die het ongeval had veroorzaakt. De gemeentebeambte verklaart verder dat de Blue Bus Company ongeveer 80% bezit van de bussen die in

²⁶ J. Lok, Kanttekeningen bij de IWMD vraagstelling ‘Causaal verband’ van januari 2010, PIV-Bulletin januari 2011, p. 7-9.

²⁷ Lok, idem, p. 9.

²⁸ Nationale pijnmeting 2010; zie: www.mijnpijn.nl/doemee.html.

²⁹ *Smith v. Rapid Transit, Inc.* 317 Mas. 469, 58 N.E.2d 754 (1945).

de gemeente rondrijden; de overige 20% behoort toe aan de Grey Bus Company. Wat zeggen deze percentages over de causaliteitsvraag? In de Amerikaanse literatuur wordt deze casus gebruikt om duidelijk te maken dat het onjuist is om een causaal verband aan te nemen louter op basis van statistische gegevens. Dat is pas geoorloofd, als daarnaast sprake is van 'particularistic' of 'individualizing evidence'. In de *Blue Bus Case* zou dat bijvoorbeeld kunnen bestaan uit de verklaring van een getuige die kort na het ongeval een blauwe bus had zien rijden met bloedspetters bij het rechter voorwiel. Voor het voorstel van Lok betekent dit dat het loutere feit dat de klachten en afwijkingen van de betrokkene ook kunnen ontstaan bij leden van de niet getraumatiseerde bevolking op zichzelf genomen niets zegt over de causaliteitsvraag. Dat zou pas het geval zijn als daarnaast specifieke feiten of omstandigheden zijn aan te wijzen, waaruit kan worden afgeleid dat de klachten en afwijkingen van de betrokkene een andere oorzaak hebben dan het ongeval of op enig moment toch ook bij hem hadden kunnen ontstaan. Dan is de cirkel rond en zijn we terug bij het vertrekpunt, namelijk de huidige formulering van vraag 2.c.

6. De beperkingenvraag

Het antwoord op de vraag of de IWMD-vraagstelling kan bijdragen tot een oplossing voor gevallen waarin sprake is van onbegrepen chronische pijnklachten, lijkt na de vorige paragraaf wel zo ongeveer beantwoord: die mogelijkheden zijn beperkt. De enige hoop die resteert moet worden gevestigd op de vraag naar de beperkingen in de situatie met ongeval die, zoals hierboven gememoreerd, in de nieuwste versie van de IWMD-vraagstelling nog verder moet worden ontwikkeld. Dat is interessant, omdat de discussie over onbegrepen chronische pijnklachten zich vooral doet voelen waar het gaat om de vaststelling van de beperkingen.

De richtlijn van de NVN uit november 2007 over de bepaling van functieverlies door chronische pijn schrijft daarover voor: 'Bij het aangeven van de beperkingen in het functioneren dient nooit uitgegaan te worden van die welke de onderzochte aangeeft. De deskundige behoort uit te gaan van de consistente tekenen van een neurologische aandoening en als die niet kan worden vastgesteld (en er dus geen functieverlies is op neurologische gron-

den), zijn er ook geen beperkingen op neurologisch terrein.' Praktisch gezien komt dit erop neer dat expertiserende neurologen volgens hun eigen beroepsvereniging bij chronische pijnklachten, zoals het post-whiplashletsel, geen beperkingen meer kunnen aangeven.

Dit roept tal van vragen op. Zijn neurologen nog wel de meest voor de hand liggende deskundigen als het gaat om de beoordeling van onbegrepen chronische pijnklachten? En moeten neurologische expertises worden verricht op basis van de NVN-richtlijn of op basis van bijvoorbeeld de AMA-guides? Binnen IWMD-verband zijn deze vragen nog niet uitgebreid aan de orde geweest. In haar uitspraak van 2 oktober 2008³⁰ veronderstelt de rechtbank Zwolle op dit punt een doordachte keuze van de IWMD, terwijl een dergelijke keuze feitelijk nooit is gemaakt. De kwestie is als zodanig niet besproken binnen de IWMD, omdat de problematiek vóór de invoering van de NVN-richtlijnen van november 2007 niet aan de orde was. In de nieuwe vraagstelling is de vraag naar de mate van functionele invaliditeit niet meer standaard opgenomen, zodat de noodzaak tot bespreking van dit onderwerp niet langer bestond. Dat neemt niet weg dat vanuit de systematiek van de IWMD-vraagstelling hierover wel een en ander valt op te merken. Aan de bovengenoemde bepaling uit de nieuwe NVN-richtlijn ligt namelijk ontegenzeggelijk een medisch causaliteitsbegrip ten grondslag: er mogen slechts beperkingen worden aangegeven, als die zijn terug te voeren tot (dat wil zeggen: kunnen worden verklaard door) een objectief vaststelbaar neurologisch probleem. Daarmee verhoudt deze richtlijn zich niet met de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan de IWMD-vraagstelling. Dat hoeft voor een neuroloog geen beletsel te vormen om zich in een expertise op basis van de IWMD-vraagstelling te houden aan de richtlijnen van zijn beroepsgroep; in hoeverre een deskundige daaraan refereert, behoort immers tot het domein van zijn vakgebied. Het wordt wel een probleem als de bij de zaak betrokken juristen de conclusies van de deskundige vervolgens overnemen, zonder zich rekenschap te geven van het feit dat er ook nog zoiets bestaat als een juridische causaliteitsbeoordeling. Dan zou de systematiek van de IWMD-vraagstelling worden doorbroken. Vanwege dit risico is het niet waarschijnlijk dat de IWMD zich ooit zal uitspreken ten faveure van toepassing van de NVN-richtlijn binnen het kader van de IWMD-vraagstelling.³¹ Beter voorstelbaar is dat de vraag naar de beperkingen, evenals eerder die naar de mate van func-

³⁰ Rb. Zwolle 2 oktober 2008, zaaknummer 147053, L&S 2008/249. In dezelfde zin: Rb. Almelo 1 april 2009, zaaknummer 99413 HA RK 09-2 (niet gepubliceerd): 'De IWMD heeft bij de formulering van de vragen het belang van de AMA-guides afgezet tegenover dat van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Daarbij heeft de IWMD de AMA-guides als leidend aangemerkt en de richtlijnen van de beroepsvereniging als aanvullend. Niet valt in te zien dat de IWMD hierbij een onjuiste maatstaf heeft aangelegd, temeer niet nu in de rechtspraak de NVN-richtlijnen inmiddels niet als doorslaggevend worden beschouwd.'

³¹ Ook de rechterlijke macht lijkt dit goed aan te voelen. Het merendeel van de gerechtshoven in ons land heeft zich inmiddels gekeerd tegen strikte naleving van de NVN-richtlijn waar het gaat om de beoordeling van post-whiplashletsel, dan wel de daarop gebaseerde conclusies van deskundigen naast zich neergelegd. Voor een goed overzicht van de jurisprudentie wordt verwezen naar A. Kolder, De juridische beoordeling van het postwhiplashsyndroom: stand van zaken, TVP 2011, nr. 1, p. 4 e.v.

tiestoornis, in de toekomst niet meer standaard deel zal uitmaken van de IWMD-vraagstelling als het gaat om de beoordeling van onbegrepen chronische pijnklachten of moeilijk objectiveerbaar letsel.³² Op basis van het biopsychosociale model is immers denkbaar dat de ontkenning van de klachten en beperkingen door de verzekeraar en de daaruit voortvloeiende noodzaak voor de benadeelde deze met behulp van medische expertises te bewijzen, ertoe zullen leiden dat de klachten en beperkingen langer aanhouden. Tegen die achtergrond is het wellicht beter een benadeelde met chronische pijnklachten zo min mogelijk te belasten met medische expertises en de vraag naar de beperkingen alleen dan te stellen, als geen andere manieren meer voorhanden zijn om het geschil nog te kunnen beslechten.

7. Tot besluit

Als we de zojuist geformuleerde gedachte – dat het vaststellen van beperkingen het herstel van de patiënt in de weg kan staan – doortrekken, komen we uit bij de meeromvattende vraag of de traditionele manier waarop vorderingen van slachtoffers met chronische pijnklachten in de rechtspraak worden afgewikkeld niet aan herziening toe is. Deze vraag past in de benadering van de internationale juridische vernieuwingsbeweging die in de literatuur wel wordt aangeduid met de naam *Therapeutic Jurisprudence* of kortweg TJ.³³ Deze beweging, die voorsnog het meest zichtbaar is in de Verenigde Staten en Australië, streeft ernaar om recht en juridische praktijk ‘more humane, therapeutic, beneficial, humanistic, healing, restorative, curative, collaborative, and comprehensive’ te maken.³⁴ Een van de exponenten van deze beweging is de Amerikaanse advocaat Aurbach. In een recent artikel in de AMA Guides Newsletter wijst hij erop dat de wijze waarop Amerikaanse letselschadeadvocaten de belangen van hun cliënten behartigen als onbedoeld effect kan hebben dat de klachten langer blijven bestaan of zelfs verergeren.³⁵ Aurbach schrijft hierover:

In the process of presenting the best possible case for a large award of damages, the natural tendency is for attorneys to

project the worst possible case into the future, for the purpose of creating motivation on the part of the judge or jury for the award of maximized future damages. When an individual projects the worst case scenario into the future, behavioral health experts are likely to refer to the phenomenon as “catastrophic thinking” and take therapeutic steps to assist the person in recasting their thinking into more useful directions. When the same behavior takes place in the courtroom, it is considered good advocacy, and the lawyers involved seem unconcerned that patients may internalize the characterization, engage in their own catastrophic thinking about their condition and prospects, and habituate the disabled behavior that was being projected.

Het voorkómen van deze door het juridische proces veroorzaakte schade vergt volgens Aurbach een structurele verandering in de wijze waarop letselschadezaken worden afgewikkeld. Daarin zal de nadruk niet moeten liggen op het vaststellen van de beperkingen, maar op functioneel herstel. Het is natuurlijk de vraag of de bevindingen van Aurbach, die betrekking hebben op het veel hardere rechtsklimaat van de Verenigde Staten, toe te passen zijn op de situatie in ons land. Ook valt moeilijk in te zien hoe rechtshulpverleners in individuele gevallen een rol kunnen spelen bij het realiseren van een dergelijke ommezwaai, anders dan door zich bewust te zijn van de sociale en psychologische belangen van hun cliënten; zo iets lijkt toch een meer integrale aanpak te vergen die kan rekenen op voldoende draagvlak binnen de gehele branche. Deze aspecten lenen zich zonder twijfel voor nader onderzoek. Dat valt echter buiten het bestek van deze bijdrage. De conclusie van deze bijdrage is echter duidelijk: als we de problemen die samenhangen met het beoordelen van onbegrepen chronische pijnklachten willen oplossen, dan lijkt verdere aanpassing van de IWMD-vraagstelling een moeizame weg. Meer heil valt dan te verwachten van projecten als Pandora,³⁶ waarbij wordt ingezet op behandeling en het wegnemen van factoren die de klachten in stand houden in plaats van juridisering van de problemen. Dat sluit beter aan bij de in de medische wetenschap levende gedachten over het ontstaan en in stand blijven van chronische pijnklachten.

³² Ter voorkoming van misverstanden: buiten de hier besproken gevallen van onbegrepen klachten of moeilijk objectiveerbaar letsel ligt dat anders. Daar zal de vraag naar de beperkingen natuurlijk gewoon gehandhaafd kunnen blijven.

³³ Zie hierover A.J. Akkermans, Enkele praktijkervaringen met empirisch juridisch onderzoek op het snijvlak van gezondheid en recht, in: W.H. van Boom, I. Giesen en M. Smit (red.), *Civilologie: opstellen over empirie en privaatrecht*, Boom Juridische Uitgevers Den Haag, 2012, p. 93-108.

³⁴ S. Daicoff, Afterword: The Role of Therapeutic Jurisprudence in the Comprehensive Law Movement, in: D.P. Stolle, D.B. Wexler and B.J. Winick (eds.), *Practising Therapeutic Jurisprudence: Law as a Helping Profession*, Durham, NC: Carolina Academic Press, 2000.

³⁵ R. Aurbach, Dispute resolution as a creator of needless disability, *AMA Guides Newsletter* July/August 2011.

³⁶ Zie daarover H.M. Storm, Pandora geëvalueerd. Een interview met mr. Francie Peters, directeur van CED Mens, over het Pandora-project, *TVP* 2011, nr. 3, p. 87-88.